

ISTANZA PER LA PARTECIPAZIONE IN ECCEDENZA ORARIA AL CONFERIMENTO DI INCARICO
PRESSO IL PRONTO SOCCORSO DEI PP.OO. AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO

All'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
P.E.C. assistenza.sanitariabase@pec.aspag.it

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ il
_____, residente a _____ via _____ cell.
_____, P.E.C. _____ nella qualità di:

- a) **Medico titolare di Emergenza Sanitaria Territoriale** c/o questa A.S.P. nella postazione M.S.A./P.T.E.
di _____ dal _____,
- b) **Medico con incarico a tempo determinato di Emergenza Sanitaria Territoriale** c/o questa A.S.P.
nella postazione M.S.A./P.T.E. di _____ con una anzianità complessiva di
servizio presso l'Azienda A.S.P. di Agrigento pari a mesi _____,

COMUNICA

La propria disponibilità ad avere conferito un incarico in eccedenza oraria di n. 12 ore settimanali presso il
PRONTO SOCCORSO dell'Ospedale di _____ ai sensi dell'art. 3 dell'A.I.R. di
emergenza Sanitaria Territoriale vigente e secondo le procedure di cui all'art. 9 del suddetto A.I.R.

DATA

FIRMA
